

**ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVA JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
E ASSISTÊNCIA SOCIAL
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

2015



**PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO COM SOFRIMENTO OU
TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE
DECORRENTES DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.**

ORGANIZAÇÃO:

Renata Almeida Martins

Coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial.

REVISÃO:

Tereza Cristina Abrahão Fernandes

GRUPO DE TRABALHO DE ELABORAÇÃO:

Larissa Maria David Gabardo Martins

Psicóloga do NASF

Juliana Chagas do Carmo Vinhais

Psicóloga do Núcleo de Álcool e outras Drogas do Caps.

Gustavo Américo Oberlaender de Almeida

Psiquiatra do CAPS

Lívia Maria

Psicóloga do Ambulatório Ampliado de Saúde Mental

Andréa de Barros Gomes

Coordenadora das Residências Terapêuticas

Flávia Espindola Kiuchi

Coordenadora da Rede de Urgência e Emergência

SUMÁRIO

- 1. INTRODUÇÃO**
- 2. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**
- 3. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**
- 4. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NA PMAM**
- 5. SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS A SEREM AVALIADOS NA EMERGÊNCIA/URGÊNCIA**
- 6. A AVALIAÇÃO E A ESCOLHA DO TRATAMENTO**
- 7. SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCÓOLICA**
- 8. O SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA (SHR)**
 - 8.1 Indicações para internação nos leitos reservados a saúde mental*
 - 8.2 Internação de crianças e adolescentes*
- 9. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) E SUAS ATRIBUIÇÕES**
 - 9.1 Perfil para acompanhamento pelo CAPS*
 - 9.2 Núcleo Ad Do CAPS Dr José Gomes Lila*
*(*AD – Álcool e Outras Drogas)*
- 10. O AMBULATÓRIO AMPLIADO DE SAÚDE MENTAL (AASM)**
- 11. O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT):**
- 12. DISPOSIÇÕES GERAIS**
- 13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1) INTRODUÇÃO:

A Lei Federal 10.216/01 estabelece os direitos dos portadores de transtornos mentais e reorienta o modelo de atenção psiquiátrica para serviços territorialidades, inseridos na comunidade, garantindo os princípios do SUS: acesso universal, equidade e responsabilização da Rede Municipal de Saúde no acompanhamento de seus munícipes.

O presente instrumento é um guia para conhecimento e utilização da Rede de Saúde Mental do município de Silva Jardim/RJ, considerando seus dispositivos terapêuticos. Surge da necessidade de estabelecer parâmetros de assistência em saúde que possam garantir o acesso de forma coordenada, organizada, qualificada e humanizada aos portadores de transtornos mentais e necessidades de saúde decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Trata-se de um norteador objetivo, no intuito de orientar o fluxo do usuário, as ações dos profissionais de saúde e definir competências dos serviços.

Uma importante estratégia da Atenção em Saúde Mental é a articulação de uma rede de apoio em conjunto com os demais programas e serviços de Saúde, Educação, Cultura, Assistência Social, Ministério Público, entre outros. Tal articulação amplia a capacidade de gerar soluções, otimiza a utilização dos dispositivos existentes e contribui para a integralidade e resolubilidade. Uma Rede de Atenção à Saúde, como a que se propõe para a Saúde Mental, é um arranjo organizativo de ações e serviços, de diferentes densidades, que devem garantir a integralidade do cuidado. A implantação da Rede de Saúde Mental aponta para uma maior eficácia na proteção, prevenção e recuperação da saúde dos portadores de transtornos mentais, contribuindo para o avanço do processo de efetivação do SUS.

O redirecionamento do modelo de atenção ao usuário da Rede de Saúde Mental impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, tanto da Atenção Básica, em seus dispositivos terapêuticos, quanto das equipes de Urgência e Emergência, exigindo de seus atores maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras e eficazes. Para tanto, segue abaixo algumas diretrizes pactuadas com a Rede de Atenção Psicossocial.

1) INTRODUÇÃO:

A Lei Federal 10.216/01 estabelece os direitos dos portadores de transtornos mentais e reorienta o modelo de atenção psiquiátrica para serviços territorialidades, inseridos na comunidade, garantindo os princípios do SUS: acesso universal, equidade e responsabilização da Rede Municipal de Saúde no acompanhamento de seus munícipes.

O presente instrumento é um guia para conhecimento e utilização da Rede de Saúde Mental do município de Silva Jardim/RJ, considerando seus dispositivos terapêuticos. Surge da necessidade de estabelecer parâmetros de assistência em saúde que possam garantir o acesso de forma coordenada, organizada, qualificada e humanizada aos portadores de transtornos mentais e necessidades de saúde decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Trata-se de um norteador objetivo, no intuito de orientar o fluxo do usuário, as ações dos profissionais de saúde e definir competências dos serviços.

Uma importante estratégia da Atenção em Saúde Mental é a articulação de uma rede de apoio em conjunto com os demais programas e serviços de Saúde, Educação, Cultura, Assistência Social, Ministério Público, entre outros. Tal articulação amplia a capacidade de gerar soluções, otimiza a utilização dos dispositivos existentes e contribui para a integralidade e resolubilidade. Uma Rede de Atenção à Saúde, como a que se propõe para a Saúde Mental, é um arranjo organizativo de ações e serviços, de diferentes densidades, que devem garantir a integralidade do cuidado. A implantação da Rede de Saúde Mental aponta para uma maior eficácia na proteção, prevenção e recuperação da saúde dos portadores de transtornos mentais, contribuindo para o avanço do processo de efetivação do SUS.

O redirecionamento do modelo de atenção ao usuário da Rede de Saúde Mental impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, tanto da Atenção Básica, em seus dispositivos terapêuticos, quanto das equipes de Urgência e Emergência, exigindo de seus atores maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras e eficazes. Para tanto, segue abaixo algumas diretrizes pactuadas com a Rede de Atenção Psicossocial.

2) SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:

A Atenção Básica deverá estar estruturada como o primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial da Rede. Cabe a ela a coordenação e ordenação do cuidado ao usuário. Para tanto, é imprescindível que as equipes sejam capazes de identificar claramente a população portadora de transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de drogas. A partir dessa identificação, deve a equipe, com o apoio matricial do NASF, deliberar acerca dos encaminhamentos e dos projetos terapêuticos para atuação no território.

Como porta de entrada, a equipe de Saúde da Família deve estar alerta para detectar a presença de alucinações, delírios e alteração de comportamento, que poderão refletir em prejuízo no exercício das atividades de vida diária do usuário. **Depois de excluídas possíveis causas clínicas não-psíquicas, a equipe poderá solicitar apoio inicialmente à equipe do NASF**, que deverá ser acionada sempre que uma pessoa apresentar, pela primeira vez, a presença de delírios e alucinações, depois de terem sido investigadas possíveis causas clínicas não psíquicas.

Pessoas que são acompanhadas pela equipe de Saúde da Família e que apresentarem reagudização do quadro psicótico, declínio do funcionamento e/ou dificuldade de aderência ao tratamento, deverão ser atendidas pela equipe de Saúde Mental. As pessoas que apresentam quadro psicótico estável, em tratamento e que mantêm um bom funcionamento para as atividades da vida diária serão atendidas pelas equipes de ESF, levando em consideração a aderência ao tratamento, supervisão da medicação, a detecção da presença de efeitos colaterais, a percepção de retraimento, isolamento social e prejuízo da situação ocupacional, desde que assegurado apoio do NASF e da equipe de Saúde Mental quando necessário.

O NASF, esgotando as possibilidades de intervenção, poderá encaminhar os usuários, de acordo com o fluxograma, para o Ambulatório Ampliado de Saúde Mental (AASM), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou para o Serviço Hospitalar de Referência (SHR), observando-se o grau de comorbidade e o perfil atendido por cada dispositivo. Antes, contudo, cada equipe deverá organizar um mapeamento de sua área de atuação, identificando e cadastrando os usuários portadores de transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas,

indicando aqueles que se encontram expostos a riscos e vulnerabilidades. Cabe ainda ressaltar que o encaminhamento do usuário para os dispositivos da Rede não exime as equipes das UBS da responsabilidade pelo acompanhamento do projeto terapêutico.

Algumas diretrizes de ação do cuidado que devem ser levadas em consideração, como por exemplo:

- I. Reconhecer aquele que necessita e/ou procura a UBS como o portador de um pedido legítimo a ser levado em conta, implicando uma necessária ação de acolhimento;
- II. Tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja por meio dos procedimentos próprios ao ESF, seja em outro dispositivo.
- III. Conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição do usuário como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva, quanto social;
- IV. Comprometer os responsáveis, em casos de criança, adolescente, idoso ou incapaz, sejam familiares ou agentes institucionais, no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda;
- V. Garantir que a ação do cuidado seja fundamentada na discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidas pela política pública de Saúde Mental para constituição do campo de cuidados

3) URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL:

Caracteriza-se emergência psiquiátrica qualquer alteração de pensamento ou do comportamento que necessite de atendimento imediato, devido a risco para o paciente ou para outros.

Quando uma pessoa se encontra em crise, necessitando de auxílio emergencial deverá ser contatado o SAMU, através do 192, por qualquer pessoa que esteja próxima ao usuário em sofrimento. A ocorrência será cadastrada e passada para médico regulador. O médico regulador, identifica a necessidade de envio de unidade móvel de suporte e solicita ao operador da frota o envio da unidade móvel mais próxima à residência ou local indicado.

Diante de qualquer resistência física ou ameaça (por arma branca, de fogo ou outras) percebida pelos profissionais da Central de Regulação ou pela equipe que torna o atendimento inviável, a Central de Regulação aciona os órgãos competentes para auxílio ao atendimento.

A pessoa em sofrimento mental deverá ser conduzida para o Serviço Hospital de Referência da Saúde Mental, localizada na Policlínica Aguinaldo de Moraes.

4) URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NA PMAM

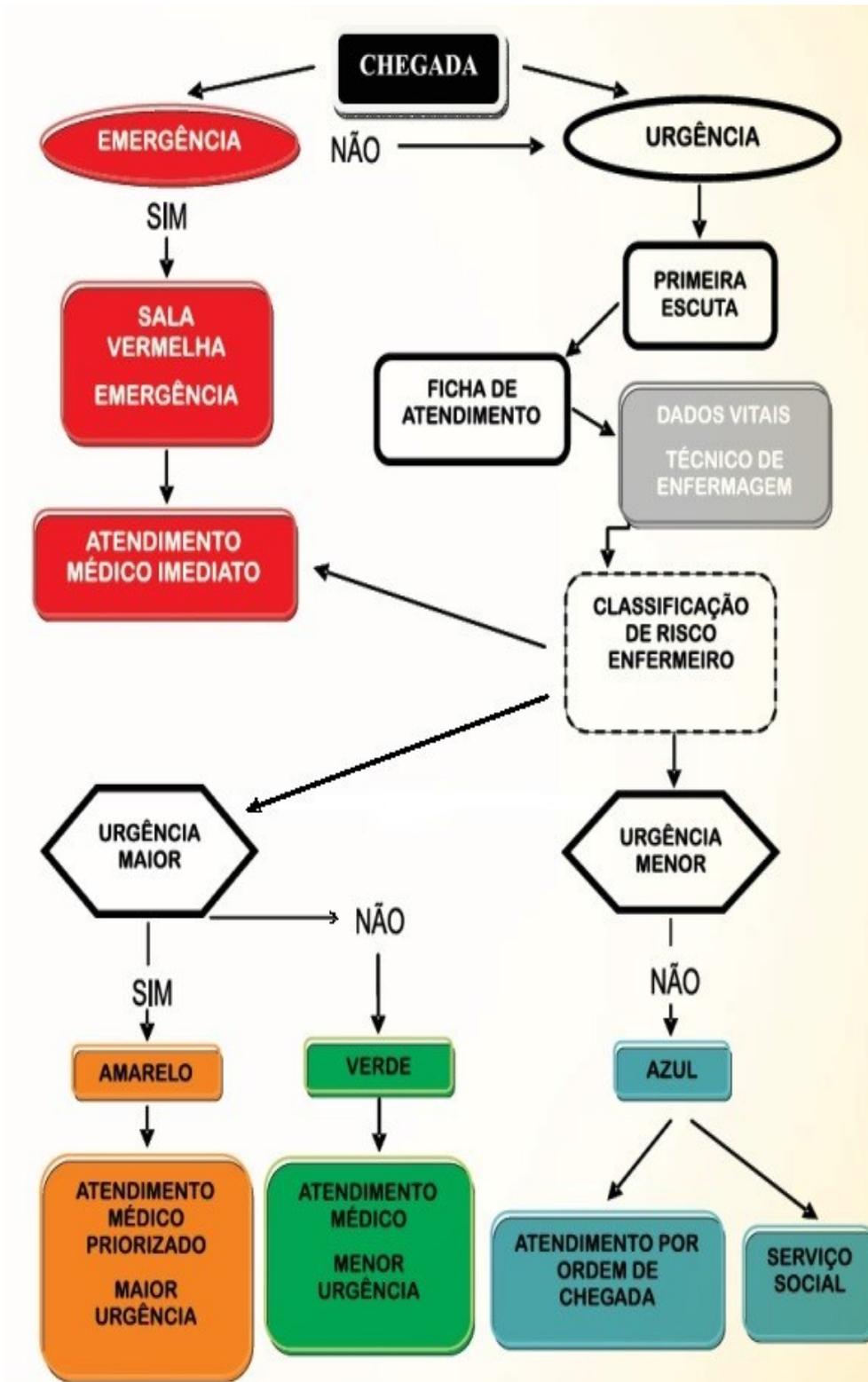
Os objetivos de um **atendimento psiquiátrico emergencial** são a **estabilização do quadro**, a **exclusão de uma causa orgânica** e o **encaminhamento a um serviço capaz de dar sequência**.

As ferramentas informatizadas do sistema público de regulação utilizam uma classificação quádrupla para a demanda de consultas, representada por cores:

- Prioridade Zero – Emergência, necessidade de atendimento imediato – **vermelha**;
- Prioridade 1 – Urgência, atendimento o mais rápido possível – **laranja**;
- Prioridade 2 – Prioridade não urgente – **verde**;
- Prioridade 3 – Atendimento eletivo – **azul**.

Os casos envolvendo risco iminente de morte, de auto ou heteroagressão, e surtos psicóticos com agitação psicomotora não entram no sistema de marcação de consultas ambulatoriais: são atendidos diretamente por equipes de emergência em serviços pré-hospitalares ou hospitalares, isto é, na PMAM.

Protocolo de classificação de risco:



Fonte: São Luís, 2011

Em psiquiatria, **a emergência é conceituada como um transtorno no pensamento**, nos sentimentos ou nas ações, envolvendo risco de morte ou risco social grave e necessitando de intervenções imediatas, inadiáveis. O tempo, neste tipo de caso, é medido em minutos.

Tais casos geralmente incluem situações de violência, de suicídio ou tentativa de suicídio, de tentativa de homicídio, estados de agitação psicomotora ou de excitação maníaca, automutilação, juízo crítico acentuadamente comprometido e autonegligência severa. Nem sempre o próprio paciente percebe a gravidade de seu quadro. A evolução se mostra rápida e possivelmente catastrófica, implicando avaliação imediata em regime de alta complexidade ou hospitalar.

A consulta de **urgência** implica a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco de vida, que necessita assistência imediata em até 24 horas.

As urgências psiquiátricas geralmente são quadros de evolução mais lenta e compreendem situações nas quais os riscos são menores e necessitam de intervenções em curto prazo (horas). Como exemplos, incluem-se os quadros agudos de ansiedade e as síndromes histéricas conversivas.

A **prioridade não urgente** representa uma condição sem risco de morte ou de grande sofrimento imediato. São casos em situações agudas, mas de urgência relativa, ou não agudas, mas com uma ansiedade tão grande que indique atendê-las antes das consultas eletivas simples. São casos não críticos, merecendo observação.

A consulta para **atendimento eletivo** é programável. Atendimento eletivo é aquele em que a rapidez da intervenção não é essencialmente importante, podendo haver encaminhamento à assistência ambulatorial. **Ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal**, fornecimento de receitas e dúvidas sobre as medicações entram nessa categoria.

5) SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS A SEREM AVALIADOS NA EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

Como regra geral, os profissionais da PMAM devem lembrar que sinais e sintomas psiquiátricos podem ser a primeira manifestação de:

- a) Problemas clínicos;
- b) Problemas neurológicos;
- c) Uso, abuso ou síndrome de abstinência de substâncias psicoativas;
- d) Transtornos psiquiátricos.

Quatro questões são essenciais ao profissional de saúde:

1. Que problema está sendo trazido?
2. Quem é a pessoa?
3. Por que agora?

4. Qual o problema focal?

Todos os funcionários precisam considerar que a missão de um serviço de urgências é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (emergentes e urgentes), representativas de situações de risco para a saúde. Quanto mais grave é a situação clínica, mais rápido deve ser a inclusão do paciente no serviço.

Geralmente são **classificáveis em cor vermelha os casos de *delirium tremens*, toxicidade por álcool ou outras drogas, comportamento violento, tentativas de suicídio ou de homicídio, agitação extrema, ou os casos em que o paciente está inconsciente.**

Classificam-se, na maior parte das vezes, em **amarelo**, os casos de **síndrome de abstinência alcoólica (ainda não em *delirium*)**, comportamento bizarro, agitação menos intensa, estado de pânico, potencial de agressividade, alucinação ou desorientação, pensamentos e atitudes sugestivos de condutas suicidas ou homicidas, síndromes extrapiramidais iatrogênicas (por sensibilidade ou altas doses de neurolépticos, como o haloperidol e a risperidona). Também pode-se incluir as crises dissociativas ou conversivas capazes de mobilizar e atingir emocionalmente outros pacientes em sala de espera, pois sua característica invasiva sobre o grupo complica o andamento do trabalho.

São classificados em **verde** os **transtornos situacionais, as queixas de insônia, atos histéricos conversivos leves, embriaguez**. Todas as demais condições, não agudas, como regra, são classificadas em **azul**.

Entre estas, aportam aos serviços de emergência casos de ansiedade por distúrbios situacionais. Muitas vezes o paciente relata que “somente quer falar”, ou que “precisa de alguém que o compreenda”. O serviço deve ter uma postura

acolhedora mas precisa estabelecer um limite à satisfação do desejo do paciente, explicando-lhe que deve ir a uma unidade básica de saúde.

Alguns pacientes comparecem para elucidar questões sobre dúvidas com medicação e com possíveis efeitos colaterais. Precisam ser educados sobre a importância de frequentarem as unidades de atenção primária, escolhendo a mais próxima de sua residência, para lá serem atendidos, com hora marcada. Estes pacientes devem ser encaminhados ao serviço que lhes receitou a medicação sobre a qual têm dúvidas. Em caso de rejeição àquele serviço, devem ser encaminhados a uma unidade básica. Se estão em tratamento em serviço especializado de saúde mental, como os **CAPS**, devem ser reencaminhados ao serviço.

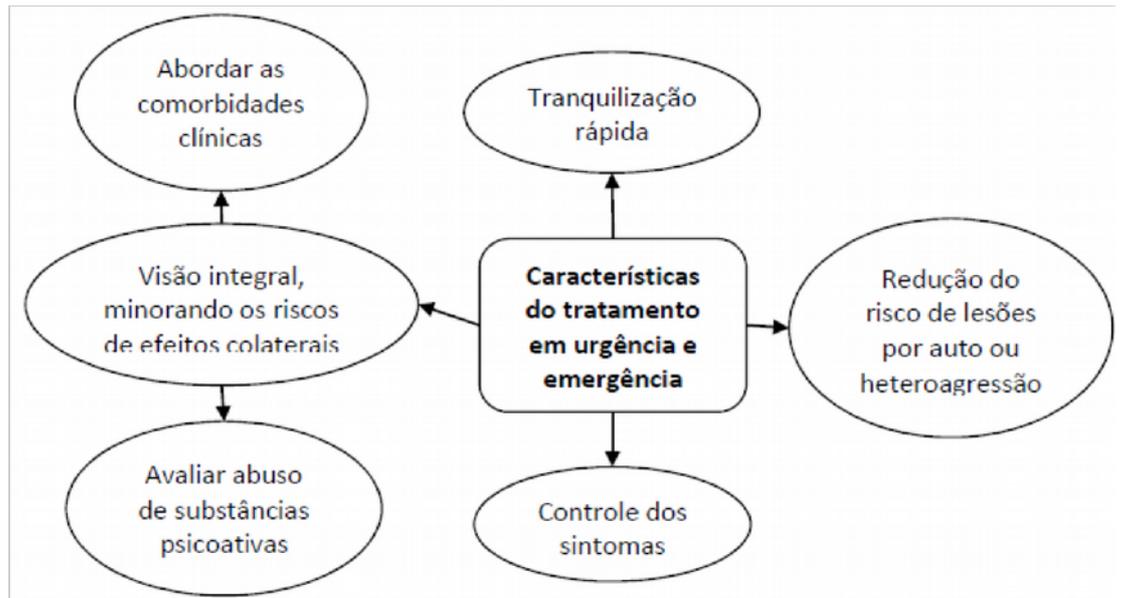
Há pacientes que costumam buscar receitas de remédios, especialmente de remédios controlados, nos pronto-socorros. Muitos destes repetem prescrições anteriores, já sem indicação clínica, aproveitando os momentos em que os médicos estão ocupados com casos graves, no pronto-socorro, para convencê-los a se livrarem deles através da concessão da receita. Alguns destes cidadãos evitam fazer um tratamento coerente, buscando apenas a renovação de receitas em diversos médicos com os quais não querem montar vínculos e nem discutir aspectos de seus estilos de vida.

Ocorrem situações em que o cidadão pede pressa e atenção imediata, por sofrimentos que não colocam em risco sua vida e nem têm potencial de criar sequelas, pois há sofrimento pessoal e dificuldade do sujeito para conter e para avaliar o grau de perigo. Pessoas que usam mecanismos de defesa histriônicos podem chamar ou ser encaminhadas a serviços de emergência apresentando quadros de:

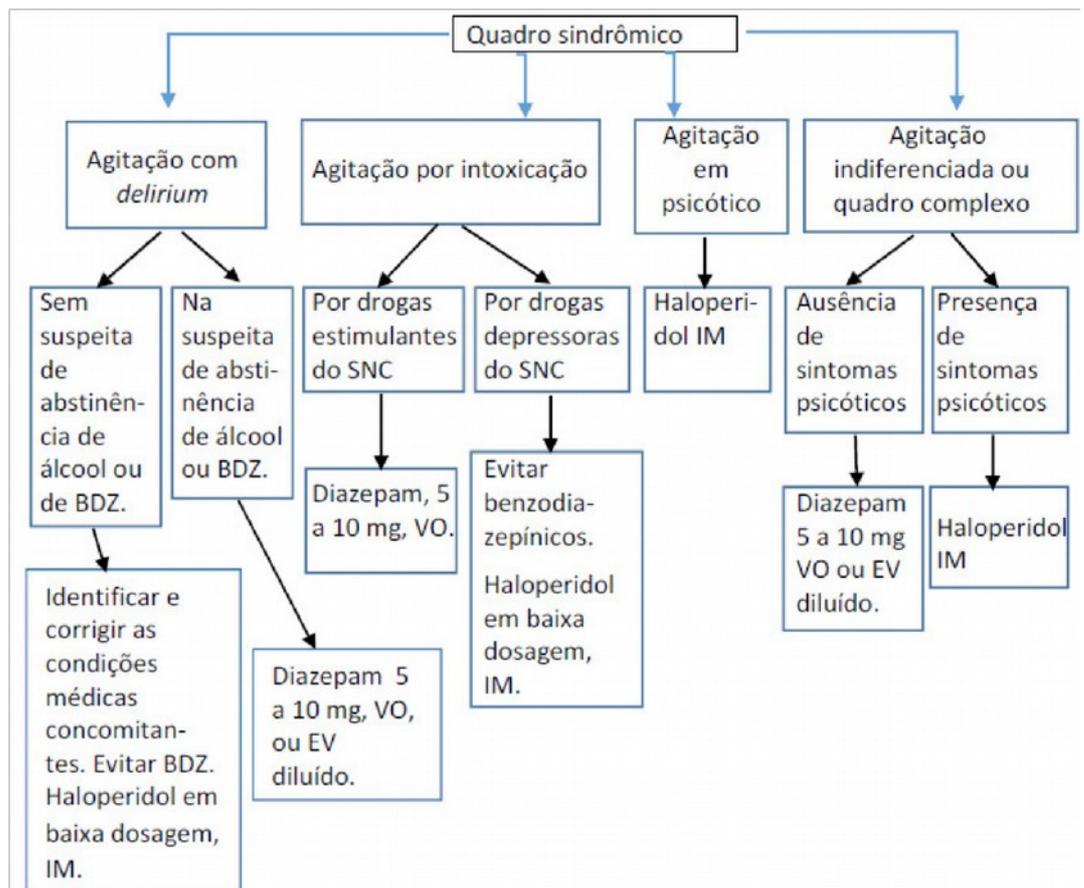
- I. Amnésia psicógena,

- II. Fuga dissociativa,
- III. Convulsões, quedas ou desmaios dissociativos,
- IV. Anestésias ou perdas sensoriais dissociativas,
- V. Paralisias e transtornos motores dissociativos (abasia, astasia, ataxia),
- VI. Transtornos somatoformes,
- VII. Irritabilidade e agitação ansiosa,
- VIII. Transtornos hipocondríacos,
- IX. Neurastenia.

6) A AVALIAÇÃO E A ESCOLHA DO TRATAMENTO



A medicação de escolha, na maior parte dos casos, baseia-se no quadro sindrômico abaixo.



CONSIDERAÇÕES: Haloperidol e Olanzapina

I. Haloperidol 05 mg ampola:

- ✓ 01 ampola IM a cada ½ e 1 hora até controle e melhora da agitação e agressividade. Chegando até a dose de 30 mg.
- ✓ Efeito negativo: Possível impregnação neuroléptica, acatisia, inquietação, etc.,...
- ✓ Medicamentos atenuantes destes sintomas colaterais; Biperideno e Prometazina IM.
- ✓ Em alguns casos pode ser associado à prometazina para efeito sedativo maior, ou nos
mais graves usar o Midazolam 01 ampola IM como indutor de sedação.

II. Atípico: Existe como alternativa a Olanzapina 10 mg comprimido:

❖ Esquizofrenia e Transtornos Relacionados em Adultos:

- ✓ A dose inicial recomendada de **Olanzapina** é de 10 mg administrada uma vez ao dia, independentemente das refeições, já que a absorção não é afetada pelo alimento.
- ✓ A dose diária deve ser ajustada de acordo com a evolução clínica, dentro da faixa de 5 a 20 mg diários. O aumento de dose acima da posologia diária de rotina de 10 mg só

é recomendado após avaliação clínica apropriada.

❖ **Mania Aguda Associada ao Transtorno Bipolar em Adultos:**

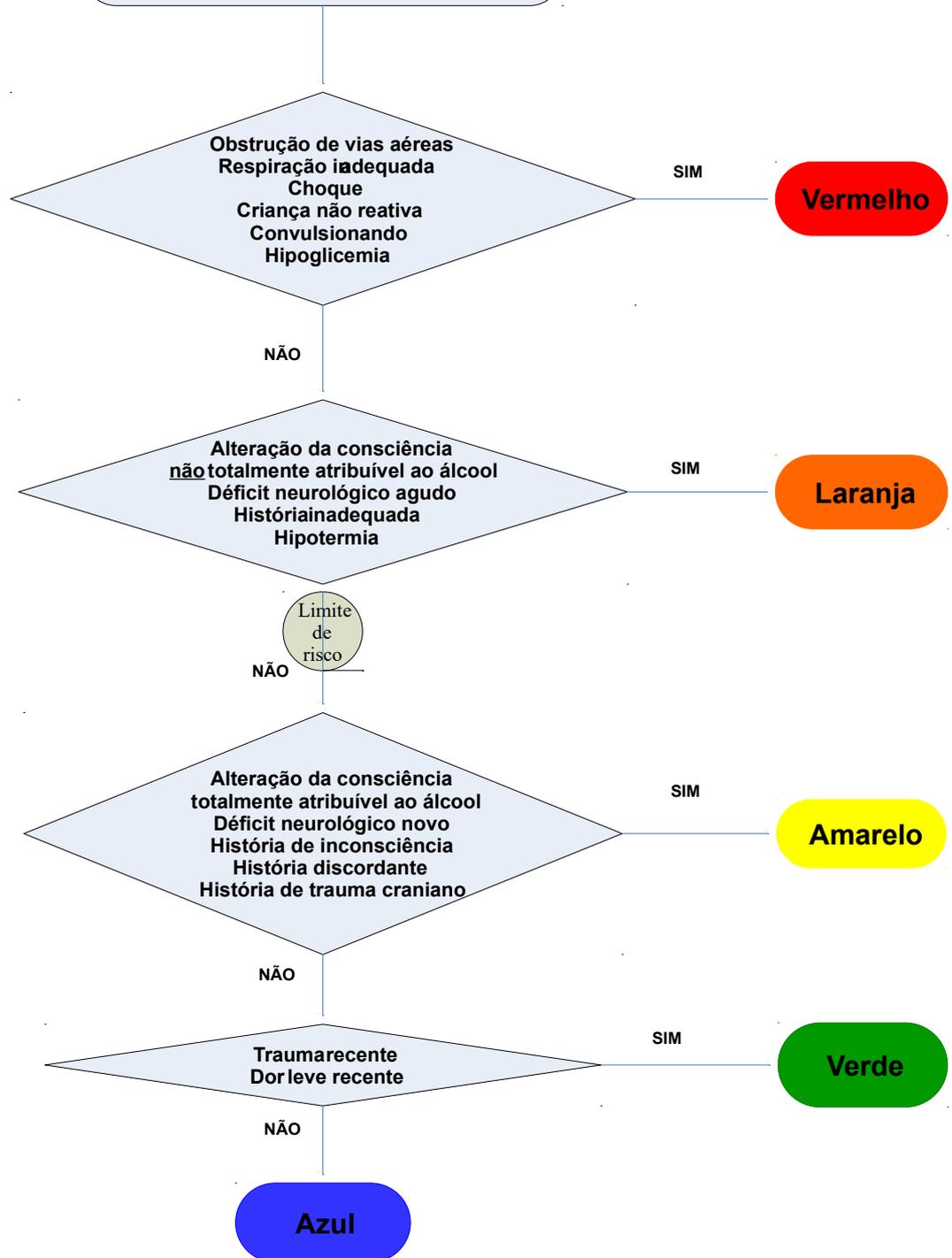
- ✓ A dose inicial recomendada de **Olanzapina** é de 15 mg administrada uma vez ao dia em monoterapia, ou de 10 mg administrada uma vez ao dia em terapia de combinação com lítio ou valproato, independentemente das refeições, já que a absorção não é afetada pelo alimento.

- ✓ A dose diária deve ser ajustada de acordo com a evolução clínica, dentro da faixa de 5 a 20 mg diários. O aumento de dose acima da posologia diária sugerida só é recomendado após avaliação clínica apropriada e geralmente deve ocorrer em intervalos não inferiores a 24 horas.

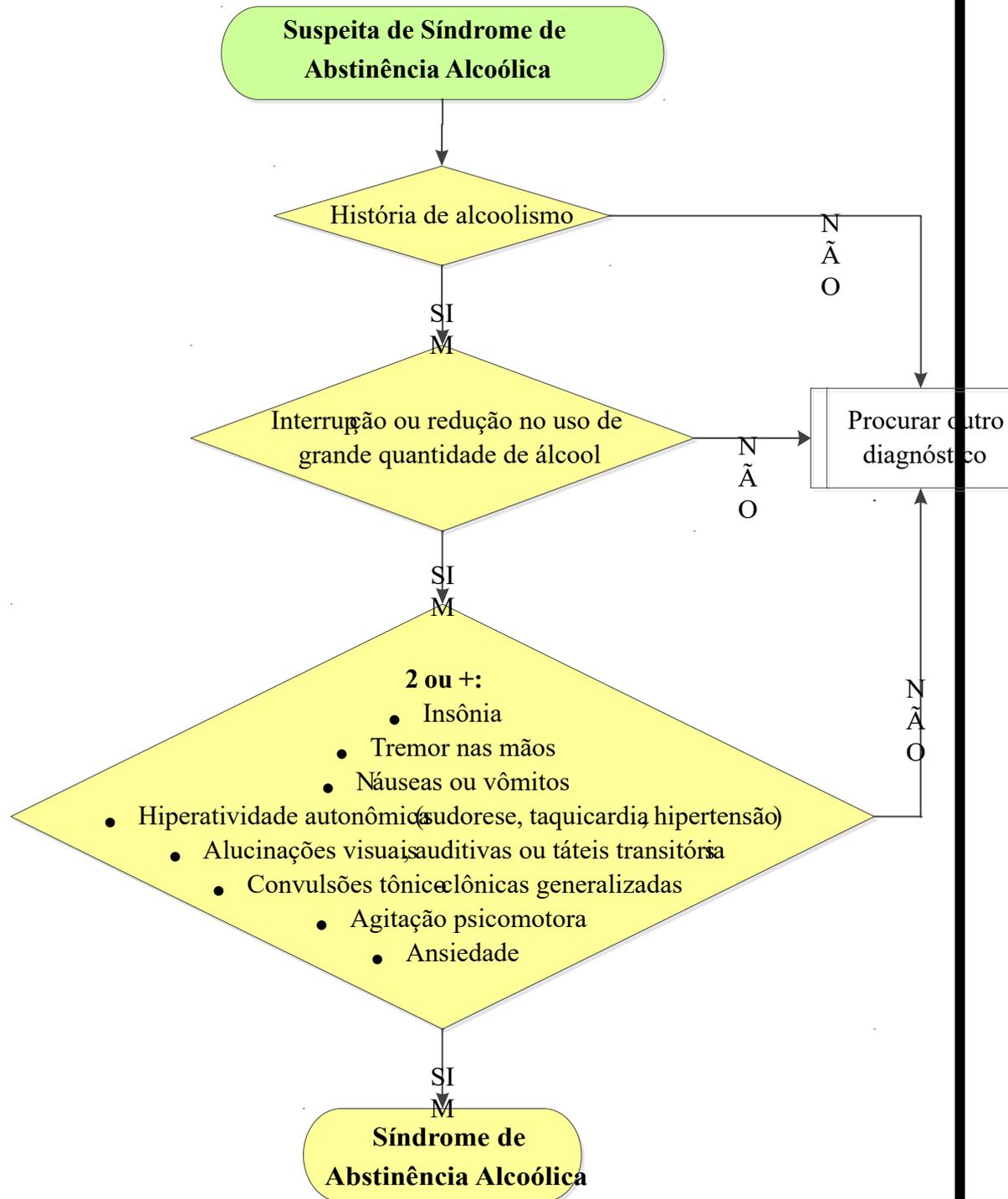
7) SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCÓOLICA

**Sistema Manchester de Classificação de Risco –
Fluxograma Geral**

Embriaguez Aparente



Diagnóstico de Síndrome de Abstinência Alcoólica



Tratamento da Abstinência Alcoólica

Prevenção
<ul style="list-style-type: none">• Diazepam 10 mg VO cada 6 a 8h
Abstinência leve a moderada
<ul style="list-style-type: none">• Sem vômitos,• Parou de beber por grande pressão familiar: <p>I. Benzodiazepínico por poucos dias:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diazepam - 5 a 10 mg, VO a cada 6 a 8 horas,• Ajustes após as primeiras doses;• Doses rapidamente diminuídas (5mg / dia) nos próximos dias até a descontinuação <p>II. Tiamina - 100 mg IM ao dia por 3 dias;</p> <ul style="list-style-type: none">• Tiamina - 300 a 600 mg VO por 4 semanas;
<p>III. Se VO indisponível:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diazepam IV, 10mg, sem diluir, em 4 minutos, com retaguarda para o manejo de parada respiratória.• Tiamina como acima
Abstinência grave
<ul style="list-style-type: none">• Paciente muito agitado, confuso, vômitos intensos,• Complicação médica ou cirúrgica (ex. pneumonia):<ul style="list-style-type: none">➤ Via parenteral (não usar Diazepam IM)➤ Diazepam: 5 a 10mg IV lentamente,➤ Repetir várias vezes, cada 5 a 10 min, até paciente tranquilo, mas alerta
Convulsões
<ol style="list-style-type: none">1. Na crise:<ul style="list-style-type: none">• Diazepam: 10mg IV sem diluir;2. Após:<ul style="list-style-type: none">• Diazepam 10 a 30 mg VO;3. Não usar fenitoína ou outro anticonvulsivante, exceto se uso prévio.
Alucinoses

- Diazepam: 5 a 10mg IV lentamente,
 - Repetir várias vezes, cada 5 a 10 min, até paciente tranquilo, mas alerta
- Haloperidol 5 mg / dia apenas se previamente esquizofrênico

Delirium tremens

- Diazepam: 5 a 10mg IV lentamente,
 - Repetir várias vezes, cada 5 a 10 min, até paciente tranquilo, mas alerta
 - Lorazepan 12 mg/dia para idosos e hepatopatas
 - Se não melhorar, fenobarbital 130 a 260 mg IV o Suporte ventilatório pode ser necessário

8. O SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA (SHR):

O acolhimento inicial a pessoa em sofrimento mental será realizada pelo médico plantonista, que poderá a qualquer tempo consultar a sugestão do Programa de saúde.

O paciente sendo admitido na Policlínica Aginaldo Moraes, o plantão médico **deverá realizar exame físico completo e os exames complementares de praxis (sangue, urina, ECG e possivelmente Raio X de Tórax, entres outros), e quando necessário solicitar o parecer da psiquiatria.**

A Policlínica Municipal deverá estar preparada para atender os casos de urgência/emergência, inclusive para fazer diagnóstico diferencial de causas orgânicas, *decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas* que estejam provocando o transtorno mental ou do comportamento e manter sob observação e tratamento o usuário por no mínimo 24 horas.

Os casos que necessitarem de avaliação psiquiátrica, o CAPS e/ou o NAI fará contato com o médico psiquiatra da rotina para que seja realizada avaliação médica do quadro.

Todo paciente deverá ser cadastrado na recepção da PMAM.

Após o período de observação, a **equipe do CAPS poderá sugerir a internação nos leitos** reservados à saúde mental da PMAM, que deverá ser procedida, pelo médico plantonista, oficializando-a.

A equipe do CAPS realizará acompanhamento frequente por todo o período em que o paciente estiver no SHR.

O período de internação no Serviço Hospitalar de Referência da PMAM será avaliado pela equipe do CAPS.

A equipe do Caps poderá sugerir a alta hospitalar do SHR após avaliação do paciente. Neste momento, os encaminhamentos para a Rede de Atenção Psicossocial deverão ser realizados pela referida equipe.

Em caso de transferência para outro Hospital, o médico deve preencher devidamente a AIH para que seja solicitada vaga no SER. A transferência só poderá ocorrer quando a

reserva de vaga em clínica especializada for comunicada pelo CAPS (nesse caso o paciente deve ser acompanhado até o local da internação por um familiar ou responsável e com a AIH preenchida).

De acordo com o protocolo de internações psiquiátricas, pacientes grávidas, crianças e adolescentes não poderão ser transferidas para hospitais psiquiátricos cabendo o tratamento na própria unidade municipal.

Caso o paciente esteja sob sedação durante a transferência para o hospital psiquiátrico deverá haver contato prévio entre o plantonista da unidade municipal e o plantonista da unidade para onde o paciente está sendo transferido, explicando a ocorrência. Além disso, a AIH deve especificar a droga utilizada, quantidade e via de administração, o horário em que foi administrada a medicação, e os sinais vitais no momento da transferência e a remoção acontecer sempre na presença do médico.

8.1 Indicações para internação nos leitos reservados a saúde mental

1. Quando a pessoa apresentar risco de suicídio.
2. Quando os sinais e sintomas do transtorno mental representarem perigo para si ou para outros, esgotados os recursos não hospitalares;
3. Quando demonstrem significativo decréscimo em seu juízo crítico, apresentando prejuízo na capacidade de autodeterminação e plena consciência dos fatos.
4. Quando os efeitos colaterais do medicamento ocasionem riscos de danos à saúde.

8.2 Internação de crianças e adolescentes:

A Resolução SES 1485/2000 aponta os dispositivos extra-hospitalares como serviços preferenciais no cuidado de crianças e adolescentes. A 6ª Reunião Ordinária da CIB realizada em 10 de junho de 2010 deliberou por estabelecer que as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes devem ser realizadas nas unidades do próprio município e mais breves possíveis. O acompanhamento regular e próximo da equipe de Saúde Mental é fundamental, além do suporte familiar e intersetorial. O Protocolo Estadual de Regulação das Internações Psiquiátricas, pactuado e instituído em 2011, estabelece que as internações de crianças e adolescentes deverão ser feitas em leitos das Unidades Municipais. Quanto ao acompanhamento e tratamento da clientela infanto-juvenil acometida de grave transtorno psíquico residente em municípios que não possuem indicadores para implantação de um CAPSi, como é o caso de Silva Jardim, o CAPS é o dispositivo de cuidado que deve se responsabilizar pelo tratamento.

9. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) E SUAS ATRIBUIÇÕES:

- Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- **Regular a porta de entrada da Rede Municipal de Atenção em Saúde Mental;**

- Dar suporte matricial às ações de Saúde Mental na Atenção Básica quando solicitado pelo NASF;
- Organizar e articular estrategicamente a Rede e a Política de Atenção às Pessoas com Transtornos Mentais e Necessidades de Saúde Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no município;
- Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.
- Avaliar de forma permanente os indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada.

Este serviço deve ser substitutivo e não complementar ao hospital psiquiátrico. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Os projetos desse serviço, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, que potencializa suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

9.1 Perfil para acompanhamento pelo CAPS

1. Pessoas egressas de internação psiquiátrica deverão ser encaminhadas ao CAPS para avaliação logo após a alta hospitalar;

2. Pessoas que apresentam alucinações, delírios e alteração de comportamento, com dificuldade de estabelecer relações sociais, prejuízo na realização das atividades de vida diária e isolamento social, quando os recursos da atenção primária forem esgotados;
3. Pessoas que têm prejuízo em seu funcionamento cotidiano, decorrente de transtorno mental ou uso de drogas, apesar de não apresentarem delírios e alucinações, e que são beneficiadas com atividades ocupacionais e terapêuticas em grupos e individuais, encaminhadas pela ESF;
4. Pessoas que necessitem de atendimentos em Saúde Mental freqüentemente e com histórico de internações recorrentes;
5. Quando os recursos terapêuticos das equipes de Saúde da Família e NASF forem esgotados.

**9.2. Núcleo Ad Do CAPS Dr José Gomes Lila (*AD –
Álcool e Outras Drogas)**

Núcleo de atendimento, avaliação e tratamento para pessoas (adultos, crianças e adolescentes) que usam abusivamente álcool, tabaco e outras drogas. Esse núcleo é parte integrante do CAPS e fazem parte dele técnicos pertencentes ao próprio CAPS. São eles: Médico Psiquiatra e Psicóloga.

✚ **Acolhimento** – O Acolhimento será feito no dia que a pessoa chegar ao serviço pela 1ª vez, seja por demanda espontânea ou encaminhada de outro serviço, e deverá ser feito por qualquer técnico disponível no momento. Se o técnico não for do Núcleo AD, este deverá encaminhar a pessoa para o núcleo, no qual ela passará por uma avaliação multidisciplinar e assim poderá ser montado o PTS (Projeto Terapêutico Singular). É importante frisar que mesmo que o usuário venha a ser atendido por outro técnico depois, ou mesmo seja encaminhado para o ambulatório ampliado ou até para outro serviço da rede, ele deverá passar por essa avaliação/triagem no Núcleo AD.

OBS: A inclusão do usuário no CAPS é prerrogativa exclusiva da equipe multidisciplinar do serviço.

10. O AMBULATÓRIO AMPLIADO DE SAÚDE MENTAL (AASM):

O Ambulatório Ampliado de Saúde Mental Alfredo Backer, atende crianças, adolescentes, adultos e idosos portadores de algum sofrimento psíquico, encaminhadas pelos diversos dispositivos da Rede, seja da Atenção Básica, Ambulatório de Especialidades, Serviço Hospitalar de Referência, etc. O ambulatório deverá avaliar de forma permanente os indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada.

A demanda de atendimento não se configura em caráter de urgência e/ou emergência, visto que, o ambulatório só atenderá através de encaminhamento pelos dispositivos da rede municipal em ação integrada. Assim, o paciente deverá chegar ao ambulatório previamente acolhido por esta rede.

Os atendimentos se darão a partir do acolhimento via recepção individual ou em grupo e serão continuados através de consultas e acompanhamento psiquiátrico, psicoterapia individual e em grupo, atendimento e orientação familiar individual e/ou em grupo. Estipula-se o tempo mínimo de 30 minutos e máximo de 40 minutos para as consultas e atividades, individuais e, em grupo mínimo de 40 minutos e máximo de 60 minutos. Estipula-se ainda máximo de 16 (dezesseis) sessões para as psicoterapias de caráter

individual cabendo ao psicoterapeuta uma intervenção focal na crise. Casos que demandem ultrapassar o limite estipulado deverão ser discutidos em equipe a viabilidade da prorrogação do atendimento. Sendo avaliado caso a caso. O paciente que se ausentar pelo período de 3 sessões consecutivas, sem que haja justificativa, será desligado por motivo de não comparecimento. A falta no primeiro atendimento, sem justificativa, implica na perda da vaga, necessitando de um novo encaminhamento para outro agendamento.

11. O SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT):

O Serviço Residencial Terapêutico funciona em casa localizada no espaço urbano, constituída para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de institucionalização psiquiátrica. Deve contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada morador. O suporte de caráter interdisciplinar deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a

inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador.

São encaminhados para o SRT:

1. Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.
2. Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial.
3. Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico.

ATENÇÃO: Somente o CAPS encaminha para o SRT

12. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Este Protocolo entra em vigor a partir de sua aprovação pelo Grupo de Trabalho de Elaboração, e de sua aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, e conseqüente

publicação em Ato Normativo pelo Secretário Municipal de Saúde e Assistência Social, cabendo aos servidores que o descumprirem as sanções administrativas previstas em legislações específicas. Ficam os setores envolvidos na elaboração, tais como a Atenção Básica, Policlínica, Serviço Hospitalar de Referência, Ambulatório Ampliado de Saúde Mental, CAPS e Residência Terapêutica, responsáveis por estabelecerem um Plano de Ação para atender as especificidades deste Protocolo.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
2. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV (1994)*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica*; Brasília, 2012.
4. *LEI 10.216, de 06.04.2001* - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia prático de Matrciamento em Saúde Mental*, 2011.
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
7. *PORTARIA 148, de 31.01.2012* – Define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

8. *PORTARIA 246/GM de 17.02.2005* - Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.
9. *PORTARIA 3.088, de 23.12.2011* – Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS.
10. *PORTARIA 3.089, de 23.12.2011* – Dispõe sobre o financiamento dos CAPS no âmbito da RAPS.
11. *PORTARIA 3.090, de 23.12.2011* – Dispõe sobre o repasse de incentivo de custeio para Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT.
12. *PORTARIA 148 de 31 de janeiro de 2012* - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
13. *PORTARIA 336/GM de 19.02.2002* - Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial.
14. *PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS/SC.*
15. *PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL DA REGIÃO METROPOLITANA II.*

16. *SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA. O vínculo e o diálogo necessários.* Ministério da Saúde, 2001.

17. *SAÚDE MENTAL NO SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de Gestão no período 2003-2006,* Coordenação Geral de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2007.